Aus der Universitäts-Hautklinik zu Münster (Westf.)
Direktor: Professor Dr. Julius Mayr.

Zur Frage evtl. Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Lupus vulgaris und in der Jugend überstandener akuter Exantheme.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU
MÜNSTER (WESTF.)

vorgelegt von

Heinz Blattgerste
aus Bielefeld.

1938

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei von Robert Kleinert in Quakenbrück

Dekan: Professor Dr. K. W. Jötten.
Referent: Professor Dr. J. K. Mayr.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547225_0091

Bei der Durchsicht der Literatur zu diesem Thema findet man so gut wie keine Angaben über die mutmaßlichen Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von Lupus vulgaris und einem akuten Exanthem in der Jugend. Und das ist um so erstaunlicher, da man doch im allgemeinen geneigt ist, für die Erkrankungen von Organen einen früher einmal stattgehabten Insult bzw. Infekt ätiologisch anzuschuldigen und in Betracht zu ziehen. Eine Ausnahme hiervon bildet das Erysipel, auf dessen anamnestische Eruierung weitestgehend vor allen Dingen in den Krankengeschichten der letzten Jahre Rücksicht genommen worden ist. Ein Unterfangen, was umso leichter gelingt, da das Erysipel als stark imponierende Hauterscheinung vom Patienten meist spontan in der Anamnese angegeben wird. Da das Erysipel ferner nur relativ wenig Individuen befällt, bleibt es dem einmal erkrankten Menschen und seiner Umgebung als sensationelles Ereignis in Erinnerung.

Aus diesem Beispiel des Auftretens eines Erysipels ergeben sich am besten die Schwierigkeiten, die bei der Aufnahme der Anamnese über Kinderkrankheiten die Angaben zwangsläufig falsch und das Resultat statistischer Untersuchungen ungenau werden lassen. Ein weiteres stark störendes Moment ist der verhältnismäßig große Zeitraum zwischen dem akuten Exanthem in der Jugend und dem Auftreten des Lupus vulgaris, besonders wenn man bedenkt, daß nach der Statistik in dieser Arbeit ungefähr 50 % der Patienten erst nach dem 2. Decennium ihre Hautaffektion bekommen haben.

Die Angaben über die drei akuten Exantheme: Morbillen, Scarlatina und Varizellen sind auch untereinander anamnestisch wiederum stark verschieden zu bewerten. Denn die verschiedenartige Prägug des Krankheitsbildes und der große Unterschied in bezug auf die Schwere der Allgemeinerscheinungen wird dem untersuchenden Arzt vom Individuum selbst, und der an der Schwere und der Gefahr des Krankheitsbildes psychisch proportional stark mitbeteiligten Umgebung, anamnestisch verschieden sichere Angaben liefern.

Aber nicht nur die Schwere des Krankheitsbildes als solche, sondern auch die starken Differenzen in der Ausbildung des Exanthems bei den 3 genannten Krankheiten führen von seiten des gefragten Individuums zu ätiologisch verschieden starker Bewertung und verleiten

es zu Ungenauigkeiten der Angaben gegenüber den anderen Krankheiten, die ihm persönlich weniger wesentlich erscheinen. Denn es ist eine bekannte Tatsache, daß irgendwelche Traumen für krankhafte Veränderungen angegeben werden, die vielleicht Jahrzehnte später erst auftreten. Diesem Bedürfnis der Patienten zu ätiologischer Betrachtungsweise ihrer Anamnese muß stark Rechnung getragen werden, wenn ja auch ätiologische Wertung im Sinne der Laien bei diesem Thema erst in zweiter Linie in Frage kommt. Sie bildet aber in der Kritik der Angaben einen ausschlaggebenden Faktor.

Aus dem Gesagten geht nun hervor, daß Angaben über die Morbillen nur mit äußerster Vorsicht und Skepsis aufzunehmen sind, denn Häufigkeit, klinische Bedeutungslosigkeit und Flüchtigkeit des Exanthems verdammen sie in den Augen der Patienten zur wertlosen Lappalie, und auch die Umgebung, auf deren Angaben der Patient meist angewiesen ist, da er sich selbst für gewöhnlich nicht mehr an die Erkrankung erinnern kann, hält es aus den genannten Gründen meist nicht für nötig, ein Kind später von einer stattgehabten Infektion in Kenntnis zu setzen.

Wenn auch die Erkrankungsziffer bei den Varizellen nicht viel niedriger liegt, so zwingen doch die mehr imponierenden Effloreszenzen auf der Haut die Skepsis gegenüber den Angaben stärker einzuschränken. Denn Windpocken werden vom Patienten auch häufiger spontan angegeben als Masern.

Bei der dritten zu berücksichtigenden Erkrankung, der Scarlatina, sind die Angaben wohl ohne Bedenken restlos zu verwerten, denn wenn auch das befragte Individuum von sich aus nicht Bescheid wüßte, so wird ihm doch stets seine Umgebung, die durch die alarmierenden Krankheitssymptome, wie Schwere der Allgemeinerkrankungen und Ansteckungsgefahr, in Atem gehalten wurde, stets eine wertvolle Gedächtnisstütze sein. Außerdem wird bei der Scarlatina dem Bedürfnis der Patienten nach ätiologischer Betrachtungsweise weit eher Rechnung getragen dadurch, daß ja auch die Hauterscheinungen, als da sind starke Rötung und nachfolgende Schuppung, immerhin so imponieren, daß sich der Pat. bei einer später auftretenden Hautaffektion dieses sensationellen Ereignisses sicher erinnern wird.

Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, daß auch der Untersucher sich bei der Aufnahme der Anamnese dazu verleiten läßt, unter dem Gesichtspunkte der Aetiologie die Anamnese zu erfragen. Und da eben bei dem Lupus vulgaris die Aetiologie eine so eindeutige ist, wird er zunächst lediglich nach der Tuberkulose forschen, und dabei wird er die übrigen Erkrankungen vernachlässigen, wenn nicht ganz außer Acht lassen, wie Verf. bei den von ihm durchgesehenen Krankengeschichten außerordentlich häufig feststellen konnte.

Diese genannten Schwierigkeiten machen nun das Resultat einer statistischen Untersuchung zum mindesten ungenau, wenn man nicht mit Skepsis und größtmöglichen Kautelen Krankengeschichten, also Angaben über subjektive Beschwerden und Empfindungen vom Patienten, verwenden will.

Bei dieser vorliegenden Arbeit nun war der Verf. ganz allein auf Krankengeschichten angewiesen, da irgendwelche Literatur, wie schon anfangs erwähnt, über dieses Thema nicht zu finden war. Es war also auch nicht möglich, die gefundenen Resultate mit anderen Angaben zu vergleichen, bzw. kritische Betrachtung anderer Untersucher sich selbst zu eigen zu machen, um eine noch schärfere Sichtung des Materials auf diese Weise zu ermöglichen, um dadurch den gefundenen Resultaten eine größere Wahrscheinlichkeit zu geben. Deshalb machte Verf. es sich zur Pflicht, von Anfang an mit der größten Sorgfalt jede einzelne Krankengeschichte durchzumustern, und auf Genauigkeit und Verwendbarkeit der anamnestischen Angaben zu achten und alle die von einer Bearbeitung auszuschließen, die aus oben genannten Gründen keine Gewähr für einwandfreie Verwertbarkeit boten.

Zur Verfügung standen die ungefähr 1300 Krankenblätter der Lupuskartei für Westfalen in der Universitäts-Hautklinik zu Münster. Von diesen wurden nur verwendet ca. 700, also rund 55 %. Von vornherein unberücksichtigt blieben die Krankengeschichten, bei denen offenbar nur nach Tuberkulose geforscht war, ferner diejenigen, bei denen trotz vorgedruckter Fragen, in denen sogar die Masern ausdrücklich berücksichtigt sind, offenbar kaum eine Anamnese aufgenommen war. Außerdem wurden nicht berücksichtigt die Krankenblätter, bei denen wegen zu hohen Alters der Patienten es nicht wahrscheinlich war, daß sie sich mit genügender Sicherheit auf Kinderkrankheiten, vor allem Masern und Windpocken, erinnerten. Eine Vorsichtsmaßregel, durch die nicht allzuviele Krankengeschichten ausfielen. Der Hauptteil fällt auf die beiden erstgenannten Gruppen. Durch diese Vorsichtsmaßregeln dürfte die Zahl der Fehlerquellen soweit wie möglich herabgedrückt sein. Eine absolute Genauigkeit läßt sich wegen der Art des Materials nicht erreichen. Ein ideales Resultat wäre dann zu erwarten gewesen, wenn man nur solche Krankengeschichten hätte zu verwerten brauchen, in denen von Kinderkrankheiten im positiven oder im negativen Sinne ausdrücklich die Rede war. Also z. B. einmal solches Material, in dem in der Anamnese Masern ausdrücklich genannt, zweitens aber nur solche, wo Kinderkrankheiten ausdrücklich negiert wurden. Das ließ sich aber leider nicht durchführen, da sich solche Angaben besonders mit ausdrücklicher Verneinung von Kinderkrankheiten in dem gesamten Material nur in zwei Fällen fanden.

Aber auch über die Normalerkrankungsziffer an den drei genannten akuten Exanthemen der übrigen Bevölkerung sind in der Literatur

nur sehr spärliche und allgemein gehaltene Angaben zu finden. Verwiesen wird immer auf das Beispiel der Färöerinseln, wo die dort selten auftretenden Masern und Scharlachepidemien gründlichst studiert worden sind.

Und da hat sich nun ergeben, daß für Masern eine Empfänglichkeit von rd. 99 % der Bevölkerung besteht, während für Scharlach nur ca. 38 % der Menschen empfänglich sein sollen. Nun bedeutet bei der hohen Infektiosität der beiden genannten Krankheiten die Empfänglichkeitsziffer und Erkrankungsziffer nach der Ansicht, wie sie in Lehrbüchern der Kinderheilkunde vertreten wird, wohl so ziemlich dasselbe. Das lehrt ja auch das Beispiel auf den Färöerinseln. Auch in Westfalen liegen die Verhältnisse wohl ähnlich. Es wäre nur in Erwägung zu ziehen, ob nicht besondere Immunitätsverhältnisse, vor allem beim Scharlach, dazu in Gegenden, in denen die Menschen stets Ansteckungsmöglichkeiten ausgesetzt sind, wie im Industriegebiet beispielsweise, eine große Rolle spielen in dem Sinne, daß die tatsächliche Erkrankungsziffer niedriger liegt. Ein begünstigendes Moment für die Brauchbarkeit der statistischen Angaben dieser Arbeit kommt in diesem besonderen Falle noch hinzu, nämlich, daß die berücksichtigten Kranken teils aus großstädtischer, teils aus ländlicher Umgebung stammen. Sie käme also schon von sich aus einem Mittelwert verhältnismäßig nahe.

So gut wie garkeine Angaben sind auch über die Morbidität an Windpocken vorhanden. Es finden sich lediglich allgemein gehaltene Angaben, wonach die Empfänglichkeit für Windpocken und damit ja auch wohl Erkrankungsziffer ungefähr denen der Masern gleichkommen soll. Eine Angabe, die kaum zu verwerten ist, was aber für diese Arbeit im besonderen, wie später noch gezeigt werden wird, weniger bedeutungsvoll ist.

Es ist sicherlich schwer und ein aussichtsloses Unterfangen, die Morbidität an Masern und Windpocken statistisch zu erfassen, da die beiden Krankheiten nicht meldepflichtig sind, und auf die anamnestischen Schwierigkeiten ist schon anfangs in dieser Arbeit genugsam hingewiesen worden. Es bleibt also nichts anderes übrig, als auch für diese Arbeit die auf den Färöerinseln festgestellten Ergebnisse in etwa als Norm gelten zu lassen, da sie offenbar nach stillem Uebereinkommen als allgemeingültig angesehen werden.

Erstaunlich ist es aber, daß über die Verbreitung des Scharlach in unseren Gegenden so wenig genaues Material vorhanden ist, da die genannten Schwierigkeiten doch nicht bestehen. Jedenfalls ist 38 % nach Ansicht der vom Verf. befragten Kinderkliniker wohl als etwas zu hoch anzusehen.

Aus der nun folgenden Tabelle 1 geht hervor, daß die Gesamtzahl

Tabelle 1.

Zusammenfassung.

Gesamtzahl	695	(männl. 290	weibl. 405)

Ein akutes Exanthem in der Jugend hatten:

	213	(56	157)	= 30,6 %
Masern	204	(54	150)	= 29,0 %
Varizellen	0	(0	0)	= 0,0 %
Scharlach	33	(6	27)	= 4,7 %
Scharlach allein	9	(2	7)	= 1,6 %

der an einem akuten Exanthem erkrankt gewesenen Individuen weit hinter den vorhin angegebenen Normalzahlen zurückbleibt. Daß sie kleiner sein dürften, damit war nach dem bisher Gesagten wohl zu rechnen. Aber selbst wenn man für die Zahlen bei Masern eine 50proz. Ungenauigkeit annehmen würde, so bliebe der Unterschied dennoch beträchtlich.

Windpockenfälle fehlen in der Anamnese aber völlig. Dies beweist für die herabgesetzte Morbidität an akuten Exanthemen eigentlich mehr als die Zahlen, die bei Masern gefunden wurden; denn wie schon früher gesagt wurde, ist hier mit einer größeren anamnestischen Genauigkeit zu rechnen als bei Masern.

4,7 % Scharlacherkrankungen vollends stellen eine Zahl dar, die, weil sie aus früher genannten Gründen voll verwertbar ist, und verglichen an den angegebenen Normalzahlen viel zu klein, auch den Zahlen bei Masern und Windpocken eine gewisse wahrscheinliche Richtigkeit gibt. Daraus ergibt sich nun, daß es wirklich keinen Zweck hat, die Verhältnisse überhaupt mit Zahlen festlegen zu wollen — denn außerdem schließt auch ein Material von 700 Fällen eine gewisse Zufälligkeit nicht aus —, sondern daß zahlenmäßige Unterschiede nur eine relative Bedeutung haben.

Zu bemerken wäre vielleicht noch zu der Tabelle 1, daß diejenigen, die Masern und Scharlach zusammen hatten, natürlich nicht doppelt gezählt wurden in der Gesamtzahl, daß also für die Gesamtzahl 213 nur die 204 Masernkranken + 9 Scharlachkranke, die anamnestisch keine Masern hatten, berücksichtigt wurden. Ob diese 9 Patienten tatsächlich nicht die Masern gehabt haben, bleibt für diesen besonderen Fall letzten Endes belanglos.

Die beiden nächsten Tabellen 2 und 3 zeigen vor allen Dingen, wie verschieden genau von beiden Geschlechtern die Vorgeschichte angegeben wird. Anders sind nämlich die großen Unterschiede in den Erkrankungsziffern nicht zu erklären. Denn in der ganzen Literatur

Tabelle 2.

Männliche Kranke.

Gesamtzahl: 290.

Ein akutes Exanthem hatten	56 =	19,31 %
Masern	54 =	18,62 %
Varizellen	0 =	0,0 %
Scharlach	6 =	2,07 %

Tabelle 3.

Weibliche Kranke.

Gesamtzahl: 405.

Ein akutes Exanthem hatten:	157 =	38,76 %
Masern	150 =	37,03 %
Varizellen	0 =	0,00 %
Scharlach	27 =	6,60 %

war kein Hinweis zu finden, daß bei den beiden Geschlechtern eine derartig verschiedene Morbidität an Infektionskrankheiten besteht. Besonders unwahrscheinlich ist das, weil doch die drei genannten Erkrankungen ausgesprochene Kinderkrankheiten sind, die also in einem Alter auftreten, wo die Kinder beider Geschlechter im großen und ganzen den gleichen Ansteckungsmöglichkeiten und Lebensbedingungen ausgesetzt sind. Die Unterschiede sind also wohl vorwiegend darauf zurückzuführen, daß Krankheiten in der Psyche des Mannes nicht die Rolle spielen wie bei der Frau, eine Tatsache, die jedem geläufig ist, der einmal klinisch Anamnesen aufgenommen hat.

Wollte man sich diese Erkenntnis in etwa zunutze machen, so würde man die Zahlen, die die Pat. auf Grund subjektiver Beschwerden angegeben haben, soweit sie vom weiblichen Geschlecht gemacht worden sind, höher bewerten. Man wird also in diesem Falle die Zahlen der Tabelle 3 ungefähr als Norm ansetzen können, was einer Erhöhung der Masernmorbidität um ca. 7 % und dem der Scharlachmorbidität um ca. 2 % gleichkommt. Ein immerhin beachtlicher Unterschied!

Auf wesentlich soliderer Basis beruhen nun die folgenden Untersuchungen über das Lebensalter, in dem der Lupus aufgetreten ist, denn in den Krankengeschichten ist bis auf zwei Fälle genau Jahreszahl oder Lebensjahr angegeben. Außerdem machen kleine Differenzen bei dem verhältnismäßig großen Intervall von 10 Jahren nur wenig aus, wenn man dazu noch bedenkt, daß es sich um ein statistisches Material von rd. 700 Fällen handelt. In noch kleineren Intervallen zusammenzufassen, z. B. in je 5 Jahren, hat sich dem Verf. als unzweckmäßig erwiesen, da die Kurve einen derartig unwahrscheinlichen Verlauf nimmt, daß die Untersuchung sich als zu kompliziert herausstellte.

Für diese Zahlen sind 700 Fälle eben auch noch zu wenig, um Zufälligkeiten größeren Maßstabes auszuschließen. Das Intervall von 10 Jahren hat sich als das brauchbarste erwiesen, und die Zahlen der Tabelle scheinen durchaus plausibel.

Die Fälle wurden geteilt in solche, die in der Jugend ein Exanthem hatten

Tabelle 4.

Von 56 Patienten **mit** Exanthem erkrankten im Alter von:

	männl.
1—10 Jahren	20 = 36,35 %
11—20 „	14 = 24,99 %
21—30 „	12 = 21,24 %
31—40 „	6 = 10,71 %
über 40 „	4 = 7,14 %

Tabelle 5.

Von 157 Patientinnen **mit** Exanthem erkrankten im Alter von:

	weibl.
1—10 Jahren	50 = 32,84 %
11—20 „	54 = 34,39 %
21—30 „	20 = 12,74 %
31—40 „	12 = 7,64 %
über 40 „	19 = 12,10 %

Tabelle 6.

Zusammenstellung.

Von 213 Patienten mit akutem Exanthem bekamen Lupus vulgaris im Alter von:

1—10 Jahren	70 = 33,17 %
11—20 „	68 = 32,23 %
21—30 „	32 = 15,17 %
31—40 „	18 = 8,53 %
über 40 „	23 = 10,90 %

und solche, die kein Exanthem hatten.

Tabelle 7.

Männliche Kranke.

Von 234 Patienten **ohne** Exanthem bekamen Lupus vulgaris im Alter von:

1—10 Jahren	84 = 35,95 %
11—20 „	74 = 31,60 %
21—30 „	34 = 14,53 %
31—40 „	23 = 9,80 %
über 40 „	19 = 8,12 %

Tabelle 8.

Weibliche Kranke.

Von 248 Patientinnen **ohne** Exanthem bekamen Lupus vulgaris im Alter von:

1—10 Jahren	48	= 19,35 %
11—20 „	69	= 27,82 %
21—30 „	47	= 18,95 %
31—40 „	35	= 14,11 %
über 40 „	49	= 19,75 %

Tabelle 9.

Zusammenstellung.

Von 482 Patienten **ohne** Exanthem bekamen Lupus vulgaris im Alter von:

1—10 Jahren	132	= 27,3 %
11—20 „	143	= 29,6 %
21—30 „	81	= 16,8 %
31—40 „	58	= 12,0 %
über 40 „	68	= 14,4 %

In beiden Abteilungen sind männliche und weibliche Patienten deshalb getrennt, weil sich doch gewisse Unterschiede ergaben, die jetzt in folgendem noch auseinandergesetzt werden sollen.

Erklärung der Tabellen. Es ergibt sich überraschenderweise, daß beim Vergleich sich im Verlauf derselben kein wesentlicher und bedeutsamer Unterschied ergibt. Wohl liegt bei den Patienten m i t akutem Exanthem die Erkrankungsziffer in dem ersten Decennium um ca. 6 % höher und im vierten um 4 % niedriger, aber wesentlich ist dieser Unterschied nicht.

Bei der weiteren Untersuchung fällt auf, daß merkwürdigerweise beim weiblichen Geschlecht die Haupterkrankungsziffer im zweiten Decennium liegt, während das männliche Geschlecht das Maximum schon im ersten erreicht. Das liegt nicht etwa an anamnestischen Unzulänglichkeiten, wie sie die Unterschiede in Tabelle 2 und 3 als Ursache haben, sondern das sind tatsächliche Differenzen, die auf Grund objektiver Tatsachen sich ergeben. Ganz abgesehen davon ist es eine Feststellung, die im Rahmen dieser Arbeit keine Bedeutung hat, weil die Verhältnisse dieselben sind.

Die Erkrankungsziffern jenseits des 40. Lebensjahres sind nur tabellarisch und auch dann bloß summarisch erfaßt, da die Teilergebnisse doch zu klein geworden wären, um praktische Bedeutung zu haben. Daß außerdem die Verhältnisse sich in den Dezennien jenseits des vierzigsten Lebensjahres gegenüber dem 4. nicht ändern, kann man

leicht feststellen, wenn man die letzten und vorletzten Zahlen der entsprechenden Tabellen miteinander vergleicht.

Als dritte und letzte Vergleichsmöglichkeit bliebe dann noch der Grad der Ausdehnung übrig. Bei der Festlegung der Gradbezeichnung wurde folgende Norm angewandt:

I. Grad: Nase und allernächste Umgebung der Nase.

II. Grad: Nase und größere Teile des Gesichtes bzw. behaarter Kopf.

III. Grad: Kopf und Uebergreifen auf Rumpf und Extremitäten.

Isoliert an Rumpf bzw. Extremitäten auftretende Lupusefflorescenzen werden entsprechend ihrer Größe und Ausdehnung in die oben genannten drei Grade eingeteilt.

Zur Beurteilung der Ausdehnung standen zur Verfügung zunächst einmal Ausdehnungsschemata der Krankenblätter oder, wenn diese nicht vorhanden, Beschreibungen der erkrankten Partien, und drittens endlich, wo beides nur ungenau oder garnicht vorhanden war, die photographische Aufnahme. Diese wurde in den meisten Fällen, wo irgendeine Unklarheit bestand, zur Kontrolle hinzugezogen, sodaß das Resultat der Untersuchung mindestens durch meist zwei Faktoren erhärtet wurde.

Es ist klar, daß bei der Festlegung auf eine bestimmte Gradbezeichnung immer eine gewisse Willkür obwaltet durch individuelle Auffassung des Untersuchers. Aber, da sämtliche Untersuchungen vom Verf. selbst, d. h. also von einer Person gemacht worden sind, fallen die Fehlerquellen, da es sich ja um Vergleiche innerhalb von Gruppen mit demselben Ausgangsmaterial handelt, nicht ins Gewicht. Viel wesentlicher ist vielmehr die Frage, wieweit Darstellung und Beschreibung dem wahren Zustand nahekommen, denn man muß in Betracht ziehen, daß ja vom Auftreten der Krankheit bis zur Aufnahme in die Hautklinik bzw. Anfertigung der Krankengeschichte ein bei den einzelnen Patienten verschieden langer Zeitraum verstrichen ist, daß ferner auch verschiedenartige und verschieden intensive bzw. überhaupt keine Behandlung erfolgt ist. Andererseits aber muß man bedenken, daß wegen der guten Aufklärungsarbeit und dank der vorzüglichen Organisation des Vereins für Lupusbekämpfung wenigstens in Westfalen die Kranken frühzeitig erfaßt und einer verhältnismäßig einheitlichen Behandlung zugeführt worden sind. Das gilt vor allem wohl für die jüngeren Lupusfälle. Man kann also ohne Bedenken diese Ergebnisse statistisch verwerten, und auch das Resultat der Untersuchung ist durchaus plausibel, wie in folgendem dargetan werden wird. Es kann sich also aus der nun folgenden Darstellung in der Hauptsache ergeben, wie stark die einzelnen Individuen befallen sind, bzw. ob sie mehr oder weniger resistent gegen die therapeutischen Bemühungen sind. Das läßt sich in dem gefundenen Resultat weder tabellarisch noch graphisch leider nicht getrennt ausdrücken.

Für die Untersuchung liegen zu Grunde die Tabellen 10, 11 und 12 für Kranke mit akutem Exanthem in der Jugend

Tabelle 10.

Männliche Kranke.

Von 56 Kranken mit Exanthem hatten Lupus vulgaris

I. Grades	25	= 44,64 %
II. „	18	= 32,14 %
III. „	13	= 23,22 %

Tabelle 11.

Weibliche Kranke.

Von 157 Patientinnen mit Exanthem hatten Lupus vulgaris

I. Grades	55	= 35,32 %
II. „	71	= 45,23 %
III. „	31	= 19,70 %

Tabelle 12.

Zusammenstellung.

Von 213 Patienten mit akutem Exanthem in der Jugend hatten Lupus vulgaris

I. Grades	80	= 37,56 %
II. „	89	= 41,31 %
III. „	44	= 20,67 %

und die Tabellen 13, 14 und 15 für diejenigen ohne Exanthem

Tabelle 13.

Männliche Kranke.

Von 234 Patienten ohne Exanthem hatten Lupus vulgaris

I. Grades	108	= 46,15 %
II. „	81	= 34,61 %
III. „	45	= 19,24 %

Tabelle 14.

Weibliche Kranke.

Von 248 Patientinnen ohne Exanthem hatten Lupus vulgaris

I. Grades	106	= 42,74 %
II. „	107	= 43,12 %
III. „	35	= 14,11 %

Tabelle 15.

Zusammenstellung.

Von 482 Patienten ohne Exanthem hatten Lupus vulgaris

I. Grades	214	= 44,40 %
II. „	188	= 39,00 %
III. „	80	= 16,60 %

Der Vergleich von Tabelle 12 und 15 zeigt, daß die Unterschiede in bezug auf den Grad der Ausdehnung eigentlich zu gering sind, als daß die Zahlen irgendwie verwertet werden können.

Es wäre vielleicht noch zu bemerken, daß der größte Teil des weiblichen Geschlechtes einen Lupus vulgaris II. Grades hat, daß es in bezug auf den III. Grad wohl etwas besser gestellt ist, was wohl höchstwahrscheinlich auf die Therapie zurückzuführen ist, welcher das weibliche Geschlecht aus kosmetischen Gründen fraglos eher zugeführt werden kann als das männliche. Im übrigen zeigen das männliche und das weibliche Geschlecht keine wesentlichen Unterschiede.

Weitere Vergleiche anzustellen, z. B. über das Alter der Patienten, kombiniert mit dem Grad der Ausdehnung, ist zwecklos und hängt von Zufälligkeiten, besonders aber vom therapeutischen Effekt der Behandlung ab.

Zusammenfassung.

Die Untersuchung zeigt, daß anscheinend die Lupuskranken, die in der hiesigen Lupuskartei für Westfalen erfaßt sind, in ihrer Jugend weniger von akuten Exanthemen befallen waren als die übrige Bevölkerung.

Die gefundenen Zahlenwerte sind als solche nicht voll zu verwerten, da die anamnestischen Ungenauigkeiten zu groß sind.

Hinzu kommt noch, daß genaue Vergleichszahlen, wieviel Prozent der Bevölkerung speziell in Westfalen an akutem Exanthem erkranken, nicht aufzufinden sind. Man ist also auch hier darauf angewiesen, Zahlen zu verwerten, wie sie schätzungsweise in Lehrbüchern angegeben sind.

Auffällig ist aber, daß Windpockenfälle in sämtlichen benutzten Krankenblättern fehlen. Diese Tatsache ist vielleicht besonders bedeutungsvoll für die Fragestellung dieser Arbeit.

Literaturverzeichnis.

1. Bergmann: Lehrbuch der inneren Medizin. 1. Band. Verlag: Julius Springer, Berlin 1931.
   Stähelin: S. 152, 159 und 176.
2. Feer, E.: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 9. Auflage. Verlag: Gustav Fischer, Jena 1926. S. 538, 543 und 562.
3. Heubner: Kinderheilkunde, 1. Band. Verlag: J. A. Barth, 1911, 3. Auflage. S. 271 usw.
4. Jochmann — Hegler: Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Verlag: J. Springer, Berlin, 2. Auflage 1924. S. 670—671, 738 und 826.
5. Pfaundler u. Schloßmann: Handbuch der Kinderheilkunde. Verlag: F. C. Vogel, Leipzig, 4. Auflage 1931.
   2. Band. Hottinger u. Schloßmann: S. 103 u. 104.
   Gottstein: S. 104.
   Hottinger: S. 273.
   Fr. v. Gröer: S. 200.

Mein Lebenslauf!

Ich wurde geboren zu Buer in Westf. am 12. 7. 1911 als Sohn des Rektors Friedrich Blattgerste und seiner Ehefrau, geb. Depenbrock. Ich besuchte zunächst 4 Jahre die Volksschule in Buer, darauf das dortige Gymnasium bis zum Herbst des Jahres 1925. In diesem Jahre verzogen meine Eltern nach Bielefeld, wo ich dann weiter die Schule besuchte und im Jahre 1931 meine Reifeprüfung bestand.

Darauf studierte ich an den Universitäten Königsberg, Innsbruck, Kiel und Münster Medizin. Nach einem Studium von 11 Semestern bestand ich 1936 in Münster das medizinische Staatsexamen. Augenblicklich bin ich im städt. Krankenhause in Bielefeld als Medizinalpraktikant beschäftigt.